



Itens indispensáveis para o paciente

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



780212
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/11	4-Data de Autorização 11/06/11	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9290059	7-Data Validade da Santa 11/04/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00020125105506012155903	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde KATIA SILVA DA COSTA
---	--------------------------------	--	--	---

13-Nome HEITOR SILVA DA COSTA	14-Telefone (11) 47791972	15-Nome do titular do Plano KATIA SILVA DA COSTA	16-Abandono a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER	18-Número no CBO 55391	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 125070426800	22-Nome do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER	23-Número no CBO 55391	24-UF SP	25-Código CNES 55391	26-Nome do Profissional Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER	27-Número no CBO 55391	28-UF SP	29-Código CBO S 55391

30-1 Análise	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Denúncia Registro	34-Faixa	35-CBO	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	19,11	21	11/06/11	19,11	21
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	19,11	21	11/06/11	19,11	21
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	19,11	21	11/06/11	19,11	21
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	19,11	21	11/06/11	19,11	21
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	19,11	21	11/06/11	19,11	21
6-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	19,11	21	11/06/11	19,11	21
7-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	19,11	21	11/06/11	19,11	21
8-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	19,11	21	11/06/11	19,11	21
9-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	19,11	21	11/06/11	19,11	21
10-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	19,11	21	11/06/11	19,11	21
11-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	19,11	21	11/06/11	19,11	21
12-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	19,11	21	11/06/11	19,11	21
13-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	19,11	21	11/06/11	19,11	21
14-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	19,11	21	11/06/11	19,11	21
15-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	19,11	21	11/06/11	19,11	21

43-Data Prevista Término do Tratamento 19/11/11	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 1174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram realizado(s)) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data Local e Assinatura do Contratado Demandante Solicitante 19/11/11	51-Data Local e Assinatura do Contratado Prestador 19/11/11	52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/11/11	53-Data Local e Assinatura do Profissional 19/11/11
---	--	--	--



664478
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS

406414

3-Data de Emissão da Guia

11/07/2002

4-Data de Autorização

11/07/2002

5-Senha

AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal

8950053

7-Data Validade da Senha

11/05/2011

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

10102025401368000010103

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

ANA JULIA DOS SANTOS PINHEIRO

12/07/2002

14-Teléfono

15-Data Validade da Carteira

16-Data Validade da Senha

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN

N

17-Nome do Profissional Solicitante

ELISABETE MONTEIRO SCHAFER

22-Nome do Contratado Executante

ELISABETE MONTEIRO SCHAFER

18-Número no CRO

55391

19-UF

SP

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

23-Número no CRO

55391

24-UF

SP

25-Código CNES

26-UF

SP

27-Código CBO S

28-UF

SP

29-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Executante

ELISABETE MONTEIRO SCHAFER

23-Número no CRO

55391

24-UF

SP

25-Código CNES

26-UF

SP

27-Código CBO S

28-UF

SP

29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante

ELISABETE MONTEIRO SCHAFER

32-Descrição

RESTAURAÇÃO RESINA

34-Face

0

35-Qtd

1

36-Quantidade US

61,00

37-Valor

0,00

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

12/07/2002

41-Motivo da Glosa

42-Assinatura

30-Tabela

31-Código do Procedimento

101085100196

201085100196

301085100196

401085100196

501085100196

601085100196

701085100196

801085100196

901085100196

1001085100196

1101085100196

1201085100196

1301085100196

1401085100196

1501085100196

1601085100196

1701085100196

1801085100196

1901085100196

2001085100196

2101085100196

2201085100196

2301085100196

2401085100196

2501085100196

2601085100196

2701085100196

2801085100196

2901085100196

3001085100196

3101085100196

3201085100196

encaminhada p/ outro

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

12/07/2002

53-Data, local e Assinatura da Empresa

12/07/2002

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

12/07/2002

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

12/07/2002

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

43-Data Prevista Término do Tratamento

12/07/2002

44-Tipo de Atendimento

1- Tratamento Odontológico

2- Exame Radiológico

3- Ortodontia

4- Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

1- Total

46-Total Quantidade US

1244,00

47-Valor Total R\$

10,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

12/07/2002

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

12/07/2002

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

12/07/2002

53-Data, local e Assinatura da Empresa

12/07/2002

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

12/07/2002

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

12/07/2002

57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

12/07/2002

58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

12/07/2002

59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

12/07/2002

61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

12/07/2002

62-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

12/07/2002

63-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

12/07/2002

64-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista